Ueber die Köhler'sche Erkrankung des 2. Metatarsophalangealgelenkes.

Auszug aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Martin Krampe

aus Bülzig, Kreis Wittenberg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Halle 1923.

Referent: Professor Dr. Voelcker.

Buchdruckerei Paul Michaelis, Halle (Saale).

Im Jahre 1920 beschrieb A. Köhler eine Erkrankung des II. Metatarsophalangealgelenkes, die er als typische bezeichnete. Nach ihm betrifft die Erkrankung:

1.) Die distale Hälfte des II. Metatarsus, der von der Mitte an nach distal gleichmäßig an Umfang zunimmt, sodaß der Hals des Mittelfußknochens vollständig verschwunden ist.

2.) Das Köpfchen des Metatarsus, das in seinem distalen Drittel verkürzt ist, wie wenn nur die Kopfkappe eingedrückt wäre.

3.) Die Gelenkfläche des Kopfes, die ihre gute Wölbung verliert, in frischen Fällen abgeflacht ist, in älteren Fällen ganz unregelmäßige Höcker und Defekte aufweist.

4.) Den Gelenkspalt, der nicht nur erweitert, sondern

5.) ungemein verschieden und unregelmäßig, stellenweise bis ums Doppelte erweitert ist.

6.) Die nächste Umgebung des Gelenkes, die in den hochgradigen Fällen stecknadelkopf- bis linsengroße knochendichte Schatten, ähnlich den Kalkplatten in den Kapseln großer Gelenke aufweist.

7.) Die Gelenkfläche der Basis der Grundphalange, die (auf Plantarbildern) unregelmäßig, zuweilen S-förmig verläuft.

Soweit der von Köhler angegebene Röntgenbefund.

Klinisch findet sich Druckschmerzhaftigkeit des Gelenkes, dorsal meist eine leichte Schwellung, in fortgeschrittenen Fällen Hinken, vom leichten Schonen des Fußes bis zur Unbeholfenheit, ja Unmöglichkeit des Gehens. Manchmal Reiben im Gelenk bei passiven Bewegungen.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung äußerte Köhler nur, daß das Trauma vielleicht eine auslösende Wirkung haben könnte.

In der Zwischenzeit sind nunmehr eine Reihe von Fällen nicht nur des 2. sondern auch des 3. und sogar des 4. Zehengrundgelenkes beschrieben worden, zum Teil nur als Beiträge, zum Teil aber auch mit einer Begründung der Aetiologie. Als solche kommen in Frage:

1. Das Trauma,
2. die Spätrachitis,
3. Nekrose im Mittelfußköpfchen, als Folge einer Embolie in einer Epiphysenendarterie,
4. zu starke Belastung eines nicht genügend funktionsfähigen Knochens.

Vom Trauma und der Spätrachitis als Aetiologie ist man völlig abgekommen.

Die Nekrose als Folge einer Embolie ist aus rein anatomischen Gründen unwahrscheinlich. Jedoch reichen unsere anatomischen Kenntnisse nicht, um sie völlig ausschließen zu können. Dazu gehört die Entscheidung der Frage: Werden die Epiphysen von Endarterien versorgt oder nicht?

Die meisten Autoren halten jetzt die Erkrankung für eine Folge übermäßiger Belastung. Als Vorbedingung ist ein querer Plattfuß unbedingt nötig. Jedoch kann dieser allein die Erkrankung nicht hervorrufen, da sie immerhin sehr selten ist. Und da muß man als andere Komponente eine Störung des Stoffwechsels, wahrscheinlich der inneren Sekretion annehmen.

Danach hat auch die Therapie zu bestehen:

1. In völliger Ruhe, oder Stützverband des schweren Fußgewölbes unter Ausschaltung jeden Druckes auf das erkrankte Gelenk.

2. In Beeinflussung der inneren Sekretion, nach den bisherigen Erfahrungen am besten durch Adrenalininjektionen.

In letzter Linie erst kommt die Operation in Frage. Resektion des erkrankten Gelenkes einschließlich des Metatarsusköpfchens. Doch hat die Operation nicht immer den gewünschten raschen Erfolg und ist auch deshalb nicht die Therapie der Wahl, als die Krankheit die Tendenz zeigt nach kürzerer oder längerer Zeit von selbst auszuheilen.